

# CHAMPAIGN COMMUNITY SCHOOL DISTRICT #4

## NEW HIGH SCHOOL STUDENT REGISTRATION FORM

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES NUEVOS DE LA PREPARATORIA

AÑO ACADÉMICO: 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante:

\_\_\_\_\_ *Apellido* \_\_\_\_\_ *Nombre* \_\_\_\_\_ *Iniciales del 2do nombre*

Fecha de Nacimiento:

\_\_\_\_\_ *Mes/Día/Año*

Sexo:  Femenino  Masculino

Domicilio:

\_\_\_\_\_ *domicilio, Ciudad, Código Postal*

Teléfono de Casa:

( )

Grado:

Última Escuela y Grado de Asistencia: \_\_\_\_\_

ORIGEN ÉTNICO:  Hispano  No Hispano

RAZA  SELECCIONE UNA O MÁS

- (01) Blanco  (02) Negro o Afro Americano  
 (04) Asiático  (05) Nativo Americano/de Alaska  
 (06) Nativo de Hawái/Islands del Pacifico

HIJOS DE PERSONAL MILITAR DE ESTADOS UNIDOS

¿El padre/guardián está activamente desplegado o anticipa un despliegue durante este año escolar?

Si  No

RECIBIO SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL O UN 504:

SI  No

Cuáles servicios recibió \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Vive con :  Padres  Solamente la madre  Solamente el padre  Guardián  Abuelos  Padres de crianza

Guardián 1:

\_\_\_\_\_ *Apellido* \_\_\_\_\_ *Nombre*

Correo

Electrónico:

\_\_\_\_\_ *Uno por familia*

Nombre del lugar de trabajo:

Teléfono del trabajo/durante el día: ( )

Número de Celular: ( )

Guardián 2:

\_\_\_\_\_ *Apellido* \_\_\_\_\_ *Nombre*

Correo

Electrónico:

Domicilio:

\_\_\_\_\_ *Dirección solo si es diferente del Guardián 1*

Nombre del lugar de trabajo:

Teléfono del trabajo/durante el día: ( )

Número de Celular: ( )

EL IDIOMA INDICADO EN LA ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA: \_\_\_\_\_

RECIBIO SERVICIOS DE INGLES COMO SEGUNDO IDIOMA EN SU ESCUELA ANTERIOR:  SI  NO

PAÍS DE ORIGEN/NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO A UNA ESCUELA EN LOS ESTADOS UNIDOS POR PRIMERA VEZ: \_\_\_\_\_

### Liste otros niños de edad escolar:

Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia:

\_\_\_\_\_ ( )  
\_\_\_\_\_ *Nombre* \_\_\_\_\_ *Relación* \_\_\_\_\_ *Número de teléfono durante el día*

Medicamentos diarios:

\_\_\_\_\_

¿El medicamento será administrado durante las horas de escuela?

Si  No

Restricciones de Salud:

\_\_\_\_\_ Médico Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( )

¡IMPORTANTE: En caso de una extrema emergencia médica su hija/o será llevado en ambulancia al hospital que usted indique a continuación. Por favor seleccione un hospital y firme su nombre.

Carle Trauma Center

Presence Covenant Medical Center

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

En caso de un incidente menor, se hará el esfuerzo para comunicarnos con usted para hacer lo que usted nos indique. Todos los gastos médicos serán responsabilidad del/los padre/padre(s)/guardián(es).

\*\*\*¿Su hija/o está actualmente expulsado de su distrito anterior?  Si  No

**Firma del Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

*Yo certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera.*